



ส่วนที่ 1 สำหรับทันตแพทย์ที่ทำการรักษาเป็นผู้กรอก

TO AVOID RETURN OF CLAIM DUE TO INCOMPLETE INFORMATION, PLEASE ANSWER ALL QUESTIONS.

NAME OF PATIENT:		AGE:	SEX:
TO BE COMPLETED BY ATTENDING DENTIST.			
DENTIST NAME:		DENTIST LICENSE NO:	
PLEASE ANSWER AS COMPLETED AS POSSIBLE.		IF YES, PLEASE GIVE BRIEF DESCRIPTION AND DATES.	
If prosthesis, is this initial placement?		Date of Rx:	
Is treatment for orthodontics?		Date of Rx:	
Is treatment a result of accident?		Date of Rx:	
Please fill in the for oral treatment (including X-rays, prophylaxis, material used, etc.):			
Tooth No.	Particulars	Charges	
1.	_____	_____	
2.	_____	_____	
3.	_____	_____	
4.	_____	_____	
5.	_____	_____	
6.	_____	_____	
Please mark teeth treated or area of oral treatment on following chart.			
<input type="checkbox"/> PERMANENT TEETH <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> DECIDUOUS TEETH</span>			
I hereby certify that the services listed above have been performed on the above-named patient on the date indicated.			
Dentist's signature: _____		Hospital/Clinic: _____	Date _____
( )		ประทับตรา รพ./คลินิก	

ส่วนที่ 2 สำหรับพนักงานผู้เอาประกันเป็นผู้กรอกโดยสมบูรณ์

ชื่อนายจ้าง (บริษัท, ห้าง, ร้าน):		กรมธรรม์กลุ่มเลขที่:	
ชื่อพนักงานผู้เอาประกัน:	อายุ:	เพศ:	ใบรับรองเลขที่:
<b>หนังสือให้ความยินยอม</b>			
<p>ข้าพเจ้า ขอให้ความยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท ค้ำประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย</p> <p>ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ค้ำประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย</p> <p>กรณีที่ต้องการถอนยินยอมให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยขอเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใดๆที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่ากรณีเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะได้รับความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท</p> <p>อนึ่ง สำนักนายจ้างขอให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ</p> <p>ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ</p> <p>หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ ** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน</p>			
ลายเซ็นผู้ป่วยที่อายุเกิน 18 ปี (กรณีผู้ป่วยอายุ < 18 ปี)	ลายเซ็นพนักงานผู้เอาประกัน	ลงนามวันที่	